

Por favor escriba como referencia los nombres de su médico y de cuatro personas (no emparentadas) que conozcan su vida familiar.

Nombre	DIRECCIÓN	CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL	NÚMERO TELEFÓNICO
Nombre del médico			()
			()
			()
			()
			()

A ser completado por los solicitantes adoptivos para la colocación de un niño (niños) sin necesidades especiales

Yo, el abajo firmante, entiendo que de acuerdo con IC 12-19-1-14, la oficina del condado podría cobrar un honorario de colocación y/o un honorario de estudio familiar para colocación de un niño(s) sin necesidades especiales.

Firma del solicitante A	Fecha de la firma	Firma del solicitante B	Fecha de la firma
-------------------------	-------------------	-------------------------	-------------------

A ser completado por todos los solicitantes para adopción

Certifico que todas las declaraciones efectuadas en esta solicitud y todos sus adjuntos, son correctos a mi mejor saber y entender.

Firma del solicitante A	Fecha de la firma	Firma del solicitante B	Fecha de la firma
-------------------------	-------------------	-------------------------	-------------------

Usar para ingresos adicionales de la página principal, si fuera necesario